

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE GASTO POR AUXILIO FÚNEBRE	<input type="checkbox"/>
y/o	
SOLICITUD DE BENEFICIO DE GASTO FÚNEBRE	<input type="checkbox"/>

**Directorio de Especialistas, o en su defecto Señor (a) Director (a) Interino (a)
Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP)**

Comparecemos ante el Instituto para solicitarles muy respetuosamente nos sea otorgado la **PRESTACIÓN DE GASTO POR AUXILIO FÚNEBRE Y/O EL BENEFICIO DE GASTO FÚNEBRE** los cuales realice/realizamos para sufragar los costos del sepelio del Participante que a continuación describimos, así como también los datos del o los Solicitantes (designación de beneficiarios) que hacemos la siguiente petición.

I. INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES Y/O BENEFICIARIOS

Solicitante - 1

Nombre y Apellidos _____

DNI _____, Correo Electrónico _____

D ____ /M ____ /A ____ _____ _____
 Fecha de Nacimiento Edad Parentesco con Causante

_____ _____ _____
 Profesión u Oficio No. de Tel. Fijo No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: _____

Ciudad y Departamento: _____

GÉNERO	F	TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M	DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS	DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI	DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO	DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
ZONA	ETNIA						
		MESTIZO		PECH		MISQUITO	TAWAHKA
	RURAL	NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
	URBANO	MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS

**Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.*

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: _____

_____ _____ _____
 DNI No. de Teléfono Correo Electrónico

Solicitante - 2

Nombre y Apellidos _____

DNI _____, Correo Electrónico _____

D ____ /M ____ /A ____ _____ _____
 Fecha de Nacimiento Edad Parentesco con Causante

_____ _____ _____
 Profesión u Oficio No. de Tel. Fijo No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: _____

Ciudad y Departamento: _____

GÉNERO	F	TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M	DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS	DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI	DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO	DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
ZONA	ETNIA						
		MESTIZO		PECH		MISQUITO	TAWAHKA
	RURAL	NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
	URBANO	MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS

*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: _____

_____ DNI

_____ No. de Teléfono

_____ Correo Electrónico

Solicitante - 3

Nombre y Apellidos _____

DNI _____, Correo Electrónico _____

D ____ /M ____ /A ____
Fecha de Nacimiento

_____ Edad

_____ Parentesco con Causante

_____ Profesión u Oficio

_____ No. de Tel. Fijo

_____ No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: _____

Ciudad y Departamento: _____

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD			
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)		DISCAPACIDAD COGNITIVA	
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)		DISCAPACIDAD MULTIPLE	
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)		DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL	
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL			
ZONA	ETNIA					
	MESTIZO		PECH		MISQUITO	TAWAHKA
RURAL	NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
URBANO	MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS

*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: _____

_____ DNI

_____ No. de Teléfono

_____ Correo Electrónico

Solicitante - 4

Nombre y Apellidos _____

DNI _____, Correo Electrónico _____

D ____ /M ____ /A ____
Fecha de Nacimiento

_____ Edad

_____ Parentesco con Causante

_____ Profesión u Oficio

_____ No. de Tel. Fijo

_____ No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: _____

Ciudad y Departamento: _____

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD			
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)		DISCAPACIDAD COGNITIVA	
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)		DISCAPACIDAD MULTIPLE	
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)		DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL	
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL			
ZONA	ETNIA					
	MESTIZO		PECH		MISQUITO	TAWAHKA
RURAL	NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
URBANO	MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS

*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: _____

_____ DNI

_____ No. de Teléfono

_____ Correo Electrónico

II. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE

Nombres y Apellidos

DNI

Estado Civil

Profesión u Oficio

D ____ /M ____ /A ____
Fecha de NacimientoD ____ /M ____ /A ____
Fecha de Fallecimiento**III. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

Para acreditar los requisitos pertinentes del otorgamiento de la Prestación de Gasto por Auxilio Fúnebre y/o Beneficio de Gasto Fúnebre, acompañamos la presente solicitud con los siguientes documentos:

1. Dos (2) copias del Certificación de Defunción original extendido por el Registro Nacional de las Personas.
2. Certificado de Nacimiento Original de cada beneficiario (NOTA: En caso de presentar inconsistencia en nombres o apellidos, fecha de nacimiento, número de DNI u otros, deberá acudir al Registro Nacional de las Personas (RNP) respectivo a resolver dicha inconsistencia o en su defecto presentar Información Ad-Perpetuum).
3. En caso de contar con un Representante legal/Tutor/Curador que gestione mi (nuestro) trámite, adjunto copia de "Carta Poder" correspondiente de cada beneficiario.
4. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses.
5. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI de cada uno de los beneficiarios.
6. Un (1) recibo de servicio público correspondiente a la residencia actual de cada beneficiario, el cual deberá coincidir con la dirección descrita en la Sección I de esta solicitud.
7. Constancia de designación de Beneficiarios o en el caso de no existir, presentar la Declaratoria de Herederos Ab-Intestato o Testamento.
8. Facturas originales por los gastos realizados con su respectivo RTN y No. CAI (SAR), el cual deberá incluir el nombre completo de la persona quien realizo el gasto y nombre completo de la persona fallecida.
9. Solicitud de Indemnización de la cobertura del Seguro de Vida de Préstamos Hipotecarios y Personales (Call Center de INJUPEMP).
10. Constancia (s) original (es) de Cuenta (s) Bancaria (s) de Ahorro (en Lempiras) de cada beneficiario, extendida por la Institución bancaria de su preferencia (no se aceptarán constancias de Cooperativas o Financieras).
11. Reporte de Causa de Muerte o manifestación por la falta del mismo.
12. Constancia de no tener beneficios en otras Instituciones Públicas de Previsión Social.

IV. PAGO DEL REMANENTE DE GASTOS FÚNEBRES

En virtud de lo anteriormente expuesto, solicitando que se pague a los Beneficiarios designados por el Participante Fallecido el remanente que pudiera existir entre el monto máximo de Gasto Fúnebre vigente menos el valor del Gasto por Auxilio Fúnebre reconocido en los términos de la Ley del INJUPEMP.

Así mismo, hago/hacemos constar que:

- En caso de que el Participante Fallecido haya percibido pagos indebidos por parte del Instituto, autorizamos para que a través del monto que nos corresponda nos sea deducida la obligación correspondiente.
- Manifestamos que, en caso de que el Participante fallecido mantuviera Préstamos Personales o Préstamos Hipotecarios (en todas sus variables para ambos tipos de préstamos) pendientes de pago con el Instituto, razón por la cual, autorizamos para que del monto de la pensión del beneficio sea deducida la cuota correspondiente hasta la completa cancelación de la deuda, incluyendo el caso en que el causante hubiera actuado como Aval de un préstamo que se encuentre en mora.
- En caso de aprobación del beneficio, autorizo/autorizamos al INJUPEMP a realizar los depósitos del beneficio en las cuentas bancarías declaradas por cada Beneficiario en la presente solicitud.

FUNDAMENTOS DE DERECHO: Fundamentamos la presente petición en el Artículo 80 de la Constitución de la República de Honduras, Artículo 72 de la Ley del INJUPEMP y el Artículo 21 del Reglamento General de la Ley del INJUPEMP.

V. NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DEL (LOS) SOLICITANTE (S) Y/O BENEFICIARIO (S)**FIRMA Y HUELLA**

1		
2		

3		
4		

VI. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMP	
_____ Nombre del Receptor de Secretaría General	_____ Firma
Estatus del Participante a fecha de fallecimiento	
Activo <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>
Suspense <input type="checkbox"/>	Otros _____